

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 23

LES

TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU CARACTÈRE

ET LES MODIFICATIONS DE L'ATTENTION

CHEZ LES PARKINSONIENS POST-ENCÉPHALITIQUES



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 Décembre 1923

PAR

Georges-Albert BUFFET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BESANÇON (Doubs), le 24 mars 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président.
		VERGER, professeur	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé	
		PERRENS, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 23

LES
TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU CARACTÈRE
ET LES MODIFICATIONS DE L'ATTENTION
CHEZ LES PARKINSONIENS POST-ENCÉPHALITIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 Décembre 1923

PAR

Georges-Albert BUFFET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BESANÇON (Doubs), le 24 mars 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président.
		VERGER, professeur	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé	
		PERRENS, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MM. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOVIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL H.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique-biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIE.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	GREYX.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A MA SOEUR ET A MON FRÈRE

A MA BELLE-SOEUR

A TOUS MES PARENTS

A MON AMI JULES TRONCIN

En souvenir de ma grande et fraternelle amitié.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HESNARD

*Médecin de 1^{re} classe de la Marine,
Professeur à l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES MAÎTRES

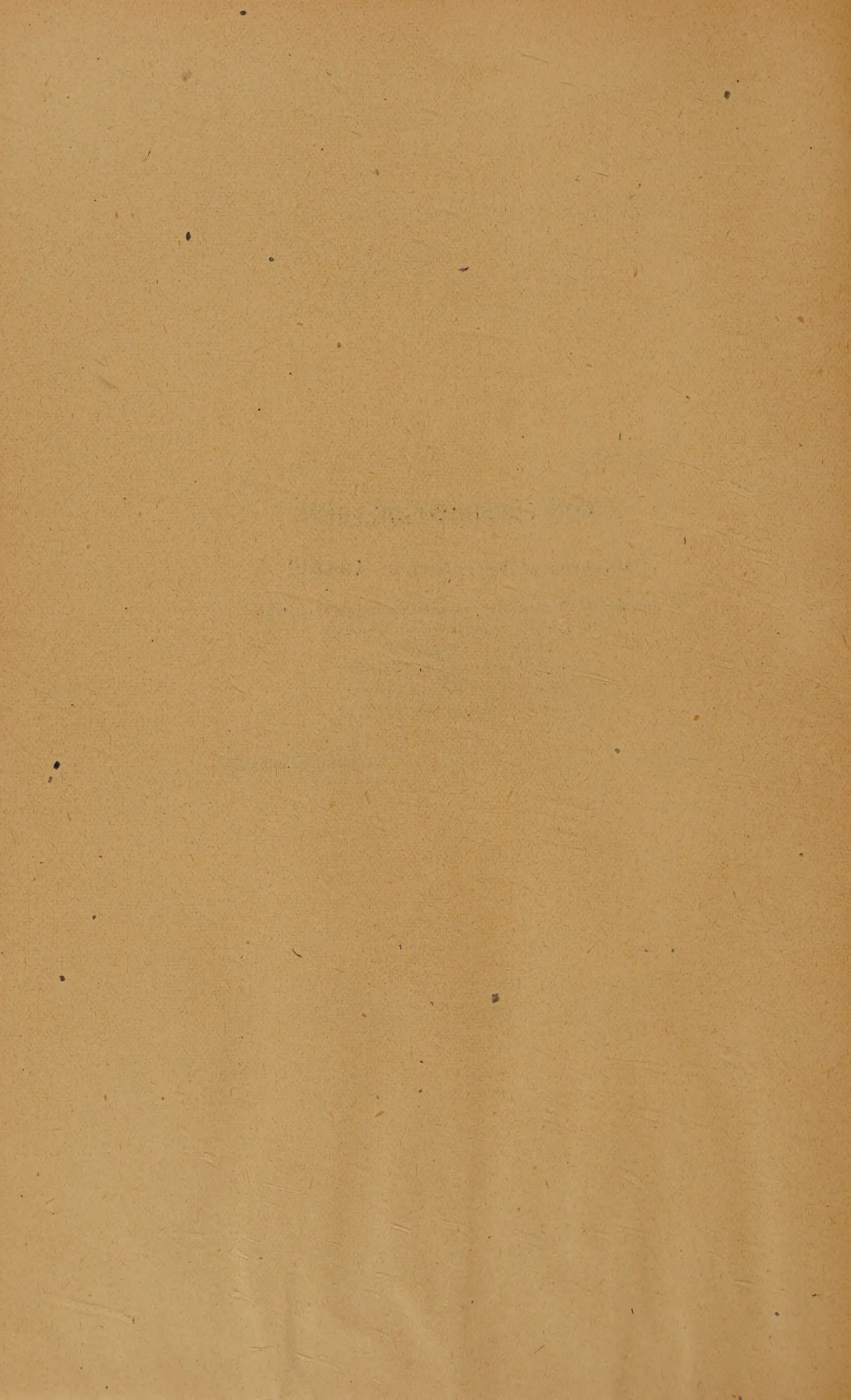
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Respectueux hommage.



AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous nous faisons un devoir d'adresser à tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté nos bien sincères remerciements.

Pendant toute la durée de nos études, ils n'ont jamais cessé de nous éclairer de leurs conseils, et leur grande bienveillance a toujours été pour nous le plus précieux des encouragements. Non seulement ils ont contribué à notre éducation médicale, mais encore ils ont réussi à nous faire aimer notre profession en nous en montrant toute la beauté et toute la noblesse.

Nous reportons tout d'abord notre pensée vers nos maîtres de l'École préparatoire de médecine de Besançon ; ils furent les premiers à nous révéler les secrets de la chirurgie et de la médecine et à nous en montrer les bienfaits. Les deux années passées sous leur direction, bien qu'interrompues par la guerre, nous ont donné des connaissances précieuses qui furent le fondement de nos études médicales.

Nous avons fait nos trois dernières années de médecine à la Faculté de Bordeaux ; les maîtres que nous y avons rencontrés nous ont témoigné la même bienveillance et nous ont prodigué à leur tour leurs conseils éclairés.

Nous adressons tous nos remerciements à MM. les professeurs Chavannaz, Bégouin, Arnozan, Moussous, Abadie, Cassaët, dont nous fûmes le stagiaire dans les hôpitaux de Bordeaux.

A MM. les professeurs de l'École du Service de Santé de la Marine et des Colonies, particulièrement à M. le Dr Hesnard, pour les indications importantes qu'il a bien voulu nous fournir.

Toute notre respectueuse gratitude va à M. le professeur Abadie, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse; qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre vive reconnaissance pour l'accueil si bienveillant qu'il n'a cessé de nous témoigner durant notre séjour dans son service.

LES

TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU CARACTÈRE

ET LES MODIFICATIONS DE L'ATTENTION

CHEZ LES PARKINSONIENS POST-ENCÉPHALITIQUES

INTRODUCTION

La question du parkinsonisme post-encéphalitique est actuellement à l'ordre du jour, et nombreux sont les auteurs qui s'en sont préoccupés durant ces dernières années. Si on a déjà beaucoup écrit sur ce sujet en ce qui concerne les manifestations purement neurologiques, l'état mental des parkinsoniens post-encéphalitiques a suscité lui aussi un certain nombre de travaux; toutefois, la question a été assez diversément envisagée.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier chez ces malades les troubles de l'humeur et du caractère, de même que les modifications de l'attention. Si nous limitons ainsi notre sujet, c'est parce que nous avons cru remarquer que les altérations de l'humeur et du caractère se rencontrent avec une fréquence toute particulière chez les parkinsoniens post-encéphali-

litiques, que ce sont les manifestations qui nous paraissent les plus nettes puisqu'elles s'imposent d'emblée, non seulement à l'esprit d'un observateur avisé, mais encore à celui de l'entourage du malade. Quant aux modifications de l'attention, il nous a semblé que leur étude était particulièrement intéressante; elles doivent jouer un rôle primordial dans les troubles de l'idéation, signalés chez ces malades. N'a-t-on pas dit que l'attention était « le moteur de la vie de l'esprit »? N'est-elle pas à la base de toutes les opérations intellectuelles?

Après avoir fait un historique de la question, nous nous proposons, dans ce modeste travail, d'étudier tout d'abord les troubles de l'humeur et du caractère, aussi bien chez l'adulte que chez les enfants. Dans un second chapitre, nous examinerons ensuite les modifications de l'attention, en insistant surtout sur l'attention volontaire que nous avons particulièrement étudiée chez 5 de nos malades, dont nous publions les observations détaillées.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Avant l'épidémie d'encéphalomyélite épidémique de 1917-1918, il est très probable que cette maladie existait déjà à l'état sporadique. Plusieurs auteurs (Netter, Achard, Durodié) ont montré, en effet, que ce n'était pas une maladie nouvelle et qu'on trouvait dans la littérature médicale des observations très anciennes qui se rapportaient certainement à l'encéphalite épidémique. Mais l'histoire du parkinsonisme post-encéphalitique est relativement récente; néanmoins, nombreux sont les auteurs qui ont écrit sur la question. L'état mental a peut-être été moins étudié que les manifestations purement neurologiques; on trouve cependant un historique déjà assez complet, surtout dans le cours de ces trois dernières années.

En 1917, M. le professeur Cruchet, en énumérant les séquelles de la maladie qu'il venait de faire connaître à la Société médicale des hôpitaux, parle de la fatigue cérébrale rencontrée chez certains malades présentant, d'autre part, du tremblement et des troubles moteurs.

En 1919, Dénéchau, Papin et Blanc signalent des troubles psychiques chez des parkinsoniens post-encéphalitiques.

Ce n'est guère qu'en 1920 que les observations deviennent plus nombreuses. Claude fait une étude détaillée, de l'état psychique des sujets atteints d'encéphalite ayant évolué sur le type parkinsonien. Pour lui, les troubles de l'humeur et du caractère sont constants chez ces malades: irritabilité, tristesse, accès d'excitation alternant avec des accès de dépression

avec pleurs, idées de déchéance, suspicion ou même persécution. Il parle d'asthénie persistante avec lenteur d'idéation et surtout de la difficulté dans les manifestations de la pensée par la parole, l'écriture ou la mimique. Il publie 3 observations et dit qu'il a voulu mettre en relief le type alternant des phénomènes psychopatiques. La même année, Rouquier rapporte un cas de syndrome dépressif grave, séquelle d'encéphalite léthargique (*Annales médico-psychologiques*, Paris, 1920); il s'agit d'un malade dont toutes les réactions psychiques et motrices sont ralenties : intelligence peu vive, compréhension difficile, préoccupation hypochondriaque.

Dufour signale lui aussi, chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, des troubles psychiques de suggestibilité, d'indifférence mentale, existant toujours à un degré assez marqué. Il se demande même « si tous les phénomènes musculaires signalés ne dépendent pas, jusqu'à un certain point, d'une idéation pathologique ».

Durant l'année 1921, les publications sont abondantes. Dès les premiers mois, les observations se succèdent en grand nombre (Abadie et Hesnard, Froment et Bernheim, Euzière, Lhermitte, Perrens, Claude et Dutemps). En avril, Barré et Reys écrivent que ces malades paraissent tantôt accepter avec une facilité étonnante leur maladie, tantôt, au contraire, ils s'inquiètent de leur état, mais sans jamais se plaindre, comme le font la plupart des parkinsoniens vrais. A la même époque, Marinesco fait du parkinsonisme post-encéphalitique une forme atténuée de léthargie observée souvent dans les épisodes aigus de la maladie. La réunion de la Société neurologique des 3 et 4 juin 1921 marque une date importante dans l'histoire du parkinsonisme post-encéphalitique. Le rapport de Souques et la discussion qui s'ensuivit apportent des considérations nombreuses sur toutes les questions se rattachant au parkinsonisme post-encéphalitique et, en particulier, sur l'état mental. Froment dit notamment : « A la rigidité, aux troubles de l'automatisme, vient s'ajouter souvent un état d'inertie, de torpeur et de paresse intellectuelle avec lenteur de l'idéation. Ces troubles

sont plus fréquents qu'on ne tend à l'admettre. » Jacquin publie une observation qui permettra, selon lui, de préciser l'état psychique dans les syndromes parkinsoniens ; il en déduit que, contrairement à certaines opinions, ces malades ne sont pas des déficitaires ou des ralentis. Mendicini (de Rome) cherche à différencier au point de vue mental la maladie de Parkinson vraie et le syndrome parkinsonien post-encéphalitique ; pour lui, le psychisme de ce dernier malade serait caractérisé par l'indifférence et l'absence d'idées hypocondriaques ; de plus, le parkinsonien post encéphalitique serait souvent plus ou moins frappé dans sa volonté. Raviart, Combemale, Vullien et Assoignon rapportent 5 cas dans lesquels ils signalent la profonde tristesse de ces malades, les préoccupations continuelles quant à leur état ; chez deux d'entre eux, le désespoir était tel qu'il y eut tentative de suicide. Briand et Rouquier, au Congrès de Luxembourg (août 1921), rapportent une observation de délire hypocondriaque à base d'interprétations fausses, sans confusion, hallucinations ou onirisme, chez un parkinsonien post-encéphalitique. Ernst (Thèse de Paris, 1921) dit qu'il est difficile de parler, dans les syndromes parkinsoniens, de troubles psychiques vrais : « Nous ne dirons même pas que ces sujets évoluent dans le sens dépressif. Nous n'avons pas non plus retrouvé la lenteur de l'idéation signalée chez quelques-uns de ces malades. » En décembre 1921, Briand et Reboul-Lachaux présentent à la Société clinique de médecine mentale 6 enfants de 10 à 15 ans ayant des troubles du caractère et des séquelles mentales très prononcés.

En 1922, paraissent un certain nombre de travaux plus approfondis. Naville fait une étude détaillée sur les complications et séquelles mentales de l'encéphalite (*Encéphale*, juin 1922). Pour lui, le seul type de séquelle vraiment fréquent est un état très particulier de fatigue et de déchéance mentale auquel il donne le nom de « bradyphrénie ». Il est caractérisé surtout par une diminution de l'attention volontaire, de l'intérêt spontané, de l'initiative, de la capacité d'effort et de travail avec fatigabilité objective et subjective et légère diminution de la

mémoire. Chez l'enfant, les séquelles mentales sont différentes et les troubles du caractère prédominent nettement.

Le Congrès de Quimper (août 1922) est venu apporter des matériaux nouveaux et de nombreuses considérations sur l'état mental des parkinsoniens post-encéphalitiques. Truelle et Petit prétendent que des troubles mentaux, parfois très accusés, accompagnent le plus souvent les symptômes parkinsoniens; cela tout aussi bien à la phase dite post-encéphalitique qu'à la période initiale de la maladie. Molin de Teyssieu souligne une particularité de cet état mental, à savoir l'inquiétude hypocondriaque. Voivenel et Riser disent avoir observé la démence dans l'encéphalite chez 2 malades parkinsoniens post-encéphalitiques. En septembre 1922, MM. Verger et Hesnard publient (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 septembre 1922) un article sur « l'état mental des bradykinétiques encéphalitiques ». Selon eux, « cet état mental intéresse non telle ou telle fonction psychique particulière, mais un mode mal caractérisé du fonctionnement mental dans son ensemble, à savoir le courant de la pensée, le flot des images et des idées en même temps que le rythme affectif qui l'accompagne. Il s'agit d'une bradypraxie idéative autant que musculaire ». Ils ajoutent que ces malades sont apathiques, ne vibrent pas et arrivent finalement à l'indifférence complète.

Petit, dans sa thèse (thèse de Bordeaux, 1922), conclut que les troubles psychiques du parkinsonien post-encéphalitique et du parkinsonien vrai sont différents; chez ce dernier, on constaterait, selon lui, une préoccupation de l'état maladif qu'on ne rencontre jamais chez le premier.

En 1923, les communications sont moins fréquentes. En avril 1923, Lhermitte étudie les troubles mentaux associés aux syndromes akynétique et akynéto-hypertonique. Pour lui, les phénomènes les plus constants consistent dans la diminution de l'activité mentale volontaire, la transformation du caractère et les perturbations de l'affectivité. Chez l'enfant, les troubles de l'humeur et du caractère sont de règle; l'auteur signale en particulier un éveil précoce de la vie génitale. En juillet 1923, Cuel

et Cénac rapportent le cas d'un état parkinsonien post-encéphalitique avec psychose dépressive qui déterminait l'internement. Enfin, Nestorovitch (Thèse de Montpellier, 1923) insiste sur la dépression, la tristesse et les idées de suicide; il note aussi une irritabilité excessive et une grande excitation génésique.

Malgré tous ces travaux, la question n'est pas tranchée et nous voyons que les conclusions acquises par les auteurs sont souvent très différentes. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait utile d'étudier particulièrement certains points, à savoir les troubles de l'humeur et du caractère ainsi que les modifications de l'attention. Nous avons examiné, en toute conscience et sans aucun parti pris, un certain nombre de malades; c'est en nous basant uniquement sur nos observations que nous avons rédigé les chapitres suivants.

CHAPITRE II

Les troubles de l'humeur et du caractère chez les parkinsoniens post-encéphalitiques.

Les altérations de l'humeur et du caractère étant sensiblement différentes suivant qu'on les étudie chez l'adulte ou chez l'enfant, nous les envisagerons successivement chez l'un et chez l'autre.

1° Chez l'adulte.

Fréquence. — « Les troubles de l'humeur et du caractère sont constants chez ces malades », écrit Claude; et tous les auteurs qui se sont occupés de la question partagent cet avis, en particulier Briand, Rouquier, Dupouy, Euzière, Lhermitte et Naville. Ils sont tous d'accord sur ce point, et insistent longuement sur la fréquence de ces altérations.

Chez les malades que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous avons pu faire à notre tour les mêmes constatations; il n'en est pas un qui n'était troublé dans son caractère, et toujours d'une façon suffisante pour attirer grossièrement l'attention.

Modalités. — Parmi les modifications de l'humeur et du caractère rencontrées chez ces malades, il en est deux principales sur lesquelles nous insisterons surtout, à savoir : la tristesse et l'irritabilité.

Ces sujets sont tristes, moroses; « le désir et la joie de vivre sont, chez eux, éteints ou assourdis » (Lhermitte). La cause de cette *tristesse* doit être recherchée, en partie, dans l'extrême

préoccupation qu'ont ces malades vis-à-vis de l'avenir de leur maladie. Ils se soucient, en effet, beaucoup de leur état, et cette inquiétude hypocondriaque frappe par sa discordance avec l'inertie complète de leur mimique; elle contraste aussi avec l'indifférence ou l'euphorie si souvent rencontrées dans tant d'autres affections du système nerveux central. Le souci de leur infirmité devient, pour beaucoup d'entre eux, le seul objet de leur pensée; ils se désintéressent volontiers de tout ce qui ne se rapporte pas à leur maladie. Alors que, durant l'interrogatoire, ces sujets ne répondent le plus souvent que par monosyllabes et sont peu portés à parler avec l'interlocuteur, il suffit de les amener sur le terrain qui les préoccupe pour qu'ils deviennent plus loquaces. Ils posent alors spontanément de nombreuses questions relatives à la nature et à l'évolution de leur état; ils se lamentent, et finalement éclatent en sanglots en prononçant des paroles de profond découragement dans le genre de celles-ci : « Je sais bien que je ne guérirai jamais; je ne suis plus bon à rien ! »

Si nous insistons, un peu longuement peut-être, sur cette grande préoccupation des malades vis-à-vis de leur maladie et sur la profonde tristesse qui en résulte, c'est précisément parce que quelques auteurs considèrent les parkinsoniens post-encéphalitiques comme des indifférents. Certains ont même voulu voir dans cette indifférence un signe de différenciation entre l'état mental du parkinsonien vrai et celui du parkinsonien post-encéphalitique. C'est peut-être vouloir pousser un peu loin le souci de distinction entre les deux affections! Certes, l'indifférence du malade vis-à-vis de son état doit se rencontrer quelquefois, mais alors il semble que ce soit chez des sujets dont la maladie évolue depuis déjà longtemps, et qui sont sérieusement touchés quant à leur état mental. Certains arrivent, en effet, à capituler entièrement devant l'effort de penser; ils tombent alors dans l'indifférence. Leur excitabilité émotionnelle ne tarde pas à s'épuiser, et ces malades deviennent complètement apathiques; leur intérêt à l'ambiance diminue, leur tendance à l'égoïsme apparaît, et finalement ils se désintéressent d'eux-mêmes comme ils se désintéressent de leur entourage.

Il n'en est pas moins vrai cependant qu'au début de leur maladie les manifestations de tristesse et d'anxiété se rencontrent toujours. Nous concluons donc que, si quelques parkinsoniens post-encéphalitiques sont indifférents de leur état, la plupart d'entre eux, au contraire, s'en affligent beaucoup, et même démesurément; la grande majorité des auteurs insiste sur ce fait, et le résultat de nos observations nous permet de nous rallier à cette opinion.

Ce changement d'humeur peut-il s'expliquer entièrement par la situation évidemment pénible de ces malades et par le trouble considérable apporté à leur vie? Nous ne le croyons pas. Il paraît bien que la tristesse et l'inquiétude dont ils sont montre dépassent les limites ainsi explicables.

Il n'est pas rare, en effet, de voir cette tristesse et cette inquiétude s'exalter, tantôt progressivement, tantôt brusquement, et de voir apparaître des idées de couleur mélancolique et hypocondriaque que la situation du malade n'explique pas complètement. Cet état de dépression affective, motivé par leurs craintes d'incurabilité, peut devenir si prononcé chez certains sujets que, dans des cas qui ne sont pas exceptionnels, il les conduit au suicide. Nous rapportons dans nos observations (IV et VI) deux cas dans lesquels ces idées de suicide sont assez nettes; dans l'un d'eux même la malade, ayant l'intention de se détruire, avala d'une seule fois un tube entier de gardénal, sans grand résultat d'ailleurs. Claude, Euzière, Lhermitte, Raviart et Combemale signalent avoir observé plusieurs fois des tentatives de suicide, dont quelques-unes se réalisèrent complètement. « Il est probable que cette réaction suicide serait encore plus fréquente si nombre de malades n'étaient, du fait de leur excessive hypertonie, dans l'incapacité absolue d'attenter à leur vie. » (Lhermitte).

La deuxième grande modification que nous avons signalée dans l'humeur et le caractère de ces malades est l'*irritabilité*. Le sujet très lucide, ayant conscience de son infirmité et las d'être privé de ses moyens d'action, devient grognon, irritable, exigeant, capricieux. Ce changement est si net que la famille en

est vite frappée et ne tarde pas à s'en émouvoir. « Son caractère a considérablement changé, disent les parents en parlant du malade; on ne peut plus rien lui dire sans qu'il se fâche. » Cette irritabilité est parfois si prononcée que le malade devient un fardeau pour la famille. Nous ne citerons pour exemple que cette malade, femme de gendarme (dont nous rapportons le cas dans notre observation IV), qui devint si irascible qu'elle ne pouvait s'entendre ni avec son mari, ni avec ses enfants, et que le père fut obligé d'envoyer son jeune fils chez ses grands-parents. Cette mauvaise humeur s'étendait aussi en dehors du cercle familial et notre malade ne pouvait rencontrer les femmes des collègues de son mari sans se quereller avec elles, ce qui mit le trouble dans toute la caserne de gendarmerie. L'entourage ne pouvant supporter plus longtemps cet état de chose, on fut obligé de faire entrer cette femme à l'hôpital.

L'irritabilité de ces malades est parfois si prononcée qu'ils se fâchent pour un rien et éclatent en violents accès de colère. Il est curieux de signaler que certains sujets sont alors souvent capables de retrouver une rapidité et une précision de mouvements surprenantes. L'un de nos malades, au cours d'une bataille avec son voisin de lit, s'était montré particulièrement violent, si bien que, depuis ce jour, ses camarades de salle lui avaient donné le qualificatif de « sang bouillant ».

Il ne suffit pas non plus ici, pour expliquer cette grande irritabilité des malades, d'y voir la conséquence logique du sentiment de leur incurabilité. « L'irascibilité comporte une inactivité relative des éléments psychiques supérieurs », a dit Herbert Spencer; nous ne pouvons donc pas considérer comme normal un psychisme dont les éléments supérieurs sont ainsi insuffisants dans leur fonctionnement.

L'irritabilité s'exacerbant, il se crée parfois dans l'esprit du malade une certaine méfiance, une tendance à la suspicion vis-à-vis de l'entourage. Nous avons pu le constater chez deux de nos malades qui interprétaient les gestes et les attitudes des autres personnes de la salle comme étant des injures et des railleries à leur égard. Il faut reconnaître que si cette méfiance

n'est pas complètement fondée, elle peut s'appliquer en partie par les moqueries que certains camarades, souvent peu indulgents, adressent au malade et par les surnoms peu obligeants dont ils se plaisent parfois à le gratifier.

Pour être complet dans notre étude, nous signalerons que certains auteurs, en particulier Claude, attirent l'attention sur le passage très rapide, chez le même sujet, de l'état de dépression à l'excitation. « L'irritabilité devenant plus grande, il est fréquent de rencontrer, chez le même malade, des accès d'excitation alternant avec des accès de dépression avec pleurs, découragements. » (Claude). Cet auteur rapporte à ce sujet plusieurs observations, notamment celle d'une femme dont nous reproduisons le passage suivant : « Lorsqu'on la sollicite un peu vivement d'accomplir un acte qui ne lui convient pas, on voit sa physionomie jusque-là sans expression se modifier brusquement, son regard s'anime, ses traits se contractent, et elle fait une crise d'excitation coléreuse avec agitation, cris, pleurs. Puis tout à coup, sur une simple remarque, ses traits se détendent, elle sourit ou même prend une attitude ironique. » Nous avons recherché avec soin cette variabilité d'humeur chez tous nos malades; nous ne l'avons constatée, d'une façon assez nette, que chez l'un d'entre eux (Obs. III).

Évolution. — Les troubles de l'humeur et du caractère, chez l'adulte atteint de parkinsonisme post-encéphalitique, sont variables dans leur évolution.

Si souvent ils restent stationnaires, plus souvent encore ils progressent. Notons cependant que, dans certains cas rares, l'état de tristesse et de dépression peut être susceptible d'amélioration, malgré l'accentuation progressive des symptômes parkinsoniens.

Cuel et Cénac en rapportent un exemple assez net observé chez un de leurs malades. Il semble qu'il s'agisse d'une de ces rémissions spontanées et temporaires signalées par Naville dans les séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique.

2° Chez l'enfant.

Fréquence. — Les troubles du caractère sont aussi extrêmement fréquents chez les enfants atteints de parkinsonisme post-encéphalitique. Nombreuses sont les observations rapportées à ce sujet dans la littérature médicale; toutes sont très intéressantes à lire, car elles témoignent d'une altération souvent considérable du caractère de ces petits malades.

Notre camarade et ami le docteur Sarrau, dans une thèse très intéressante sur le *Syndrome parkinsonien post-encéphalitique de l'enfant*, écrit que ces troubles sont presque constants et qu'il les a rencontrés dans 21 de ses observations.

Modalités. — Après avoir signalé la grande fréquence des troubles de l'humeur et du caractère chez les enfants, nous devons attirer l'attention sur leur intensité. La perturbation du caractère est, en effet, la note prédominante, la modification la plus nette de leur état mental. Elle peut se présenter sous les modalités les plus variées; perversions instinctives diverses, irritabilité, impulsivité, caprices, méchanceté, agressivité, mythomanie, instabilité, malfaisance, turbulence, agitation psychomotrice, actes dangereux, etc... Ces enfants ont, avec certains petits déséquilibrés à instincts pervers congénitaux, une telle ressemblance qu'on les confondrait, si l'on ignorait que le début des troubles est relativement récent, secondaire à une atteinte d'encéphalite, et s'ils ne présentaient des séquelles motrices du type parkinsonien.

Les perversions acquises des instincts sont extrêmement fréquentes. Ces petits malades deviennent des égoïstes, des indifférents; souvent ils n'aiment plus les leurs, et vont jusqu'à frapper même leurs parents; c'est ainsi que, plusieurs fois, un jeune malade menaça sa mère avec un couteau. Pour satisfaire leurs désirs, ils ne reculent devant rien, même pas devant le vol. Chez eux, c'est le degré de moralité qui est tout, car c'est lui qui prime pour déterminer leur valeur sociale ou le danger

qu'ils représentent vis-à-vis de tous. Ils ont toutes les lacunes morales : penchants à la désobéissance, au mensonge, au vice, à la paresse. C'est cette perversion très prononcée du sens moral qui fait que ces petits malades commettent les plus mauvaises actions avec une insouciance absolue. Ce sont aussi des perversis sexuels. De nombreux auteurs, en particulier Euzière, ont signalé un éveil précoce de la vie génitale avec masturbation effrénée ou exhibitionnisme. Daumas, dans sa thèse, rapporte l'observation d'une jeune fille de 15 ans, post-encéphalitique, qui présentait des instincts érotiques très accentués (elle masturbait son jeune frère âgé de 13 ans, l'invitait à la posséder ; se livrait également à des attouchements sur les animaux : chien, chat). On trouvera, dans notre observation VII, 1 cas assez net d'irritabilité et de perversions acquises des instincts chez un enfant de 13 ans qui présente précisément ce développement précoce de la vie génitale.

Ces petits malades sont souvent des impulsifs et cette impulsivité les rend grossiers, insulteurs, répondeurs, brutaux, violents, et parfois même voleurs. Leur puissance d'invention leur sert à trouver de véritables raffinements dans les supplices qu'ils infligent parfois aux animaux. Un enfant post-encéphalitique imaginait de pincer la queue de son chat avec des pinces rougies au feu, ou bien encore de maintenir la pauvre bête contre un poêle brûlant (Sarran). Briand et Reboul-Lachaux ont rapporté le cas d'un enfant « qui s'amuse à écarteler les canards ».

Ces jeunes malades présentent souvent des impatiences morbides, des colères avec pamoisons, des accès de férocité envers leurs petits camarades ou leurs frères et sœurs. Ils acceptent difficilement les observations, et leur turbulence, leur caractère querelleur, leur indiscipline, frappent rapidement l'entourage ; ils font le désespoir de leurs parents, de leurs instituteurs et de toutes les personnes chargées de les éduquer. A l'école, ils se signalent par de la dissipation, de l'insoumission ; ils sont méchants, batailleurs et cherchent constamment à mettre le trouble dans la classe. Paresseux, indisciplinés, ils se révoltent facilement contre les punitions ou les mauvaises notes. Intellec-

tuellement, ils présentent des lacunes, notamment une instabilité mentale très fréquente ; ils passent rapidement d'une idée à une autre sans pouvoir fixer leur esprit sur un travail déterminé ; l'inattention est toujours très prononcée. A côté de cela, il est curieux de constater une véritable hypertrophie des facultés d'imagination et d'invention ; le plus souvent, ces enfants en profitent pour faire le mal et les exercer dans un but nuisible. Ils sont mythomanes et inventent, sur les personnes de leur entourage, des histoires extraordinaires ; ils deviennent calomniateurs, témoin ce petit malade dont nous rapportons l'observation, qui accusait faussement le personnel infirmier de le maltraiter.

Beaucoup d'enfants atteints de parkinsonisme post-encéphalitique sont absolument inadaptables à la vie familiale et même sociale. Leur turbulence, leur agitation, leur irritabilité, leur indiscipline, sont souvent si prononcées qu'il est impossible de les conserver dans n'importe quel milieu et que l'internement est nécessaire, comme nous allons le voir dans un instant. D'autre part, en raison de leurs tendances impulsives (cleptomanie, exhibitionnisme...) et des délinquances qui en résultent, ces petits malades doivent être soumis à une surveillance toute spéciale que l'entourage est incapable d'exercer d'une façon suffisante.

Nous voyons que ce qui prédomine chez l'enfant, c'est l'excitation, l'activité morbide. Ces jeunes sujets ne présentent pas la tristesse et la dépression rencontrées si souvent chez l'adulte ; au contraire, ils gardent une insouciance complète ou manifestent même une gaieté exagérée. Ceci ne doit pas nous surprendre, car, normalement, l'insouciance est une des caractéristiques de la psychologie infantile.

Notons enfin qu'on a signalé fréquemment une tendance marquée à la somnolence pendant le jour contrastant singulièrement avec de l'agitation nocturne. « Il semble que l'on puisse dire, en se basant sur les nombreux cas publiés, que les séquelles mentales sous forme d'agrypnies agitées prolongées, avec état presque normal pendant le jour, sont relativement fréquentes chez les enfants. » (Naville).

Évolution. — Les troubles de l'humeur et du caractère constatés chez l'enfant atteint de parkinsonisme post-encéphalitique sont le plus souvent progressifs. Parfois, ils peuvent atteindre une acuité telle que ces petits malades deviennent tout à fait insociables, ne pouvant s'adapter à la vie ni dans leur famille, ni dans les services hospitaliers réservés aux enfants; on se trouve alors dans la triste obligation de les interner dans les asiles d'aliénés. Briand, Reboul-Lachaux, Mouriquaud rapportent des observations dans lesquelles la nécessité d'internement s'est ainsi imposée; ce fut le cas du jeune malade dont nous parlions il y a un instant (Voir Obs. VII).

CHAPITRE III

Les modifications de l'attention chez les parkinsoniens post-encéphalitiques.

Notre principal souci, au cours de cette étude, a été de nous placer près que exclusivement sur le terrain de la clinique. Nous avons eu l'occasion d'étudier systématiquement l'attention chez 5 malades, et c'est d'après les résultats obtenus chez eux que nous écrivons ce chapitre. Néanmoins, nous serions peu curieux si nous nous contentions d'enregistrer des résultats sans essayer de les interpréter; nous nous efforcerons de le faire toutes les fois que cela sera possible. Nous examinerons successivement l'attention spontanée et l'attention volontaire qui sont, comme on le sait, deux formes bien distinctes d'attention.

1° Attention spontanée.

Nous n'avons pu faire qu'une étude assez incomplète de l'attention spontanée; nous avons dû nous contenter de l'observation générale du sujet, et il nous a été impossible d'avoir recours à des expériences métriques. Ces dernières (mesure du temps de réaction — mesure du temps de discernement entre plusieurs perceptions) nécessitent une instrumentation spéciale, difficile à se procurer et qu'on ne rencontre guère que dans les laboratoires de psychologie expérimentale.

Il résulte de nos observations que l'attention spontanée du parkinsonien post-encéphalitique est habituellement diminuée. Il borne son attention au petit nombre d'objets qui l'intéres-

sent directement, son intelligence ne s'exerce que le moins possible. Ce qui, pour un normal, est digne d'intérêt spontané, ne l'est plus pour ce malade. Il offre peu de prise aux événements extérieurs qui glissent sur lui sans le pénétrer. Un de nos malades, capable de s'analyser assez convenablement, nous signalait lui-même cette diminution d'attention spontanée : « Moi, qui avant ma maladie étais plutôt curieux, je suis devenu tout à fait différent. Rien ne m'intéresse plus et je passe toute la journée assis dans mon coin, comme si j'étais seul dans la salle. »

Cet amoindrissement de l'attention spontanée nous paraît s'expliquer aisément. « La sensibilité et la motricité sont deux bases également fondamentales de l'attention » (Revault d'Allonnes). Or, chez ces malades, ce double fondement, moteur et affectif, est précisément ébranlé. Ils manquent tout d'abord de mobilité dans le jeu semi-automatique des associations des idées et des perceptions successives se rapportant au milieu ambiant ; de plus, le ton affectif est, chez eux, souvent diminué surtout en ce qui concerne leur entourage.

2° **Attention volontaire.**

Cette étude nous a été plus facile que la précédente ; elle ne nécessite que l'emploi de tests relativement simples et auxquels les sujets se soumettent volontiers. Nous ne donnerons ici que les résultats communs aux 5 malades que nous avons examinés ; le lecteur trouvera dans chaque observation les résultats particuliers à chacun d'eux.

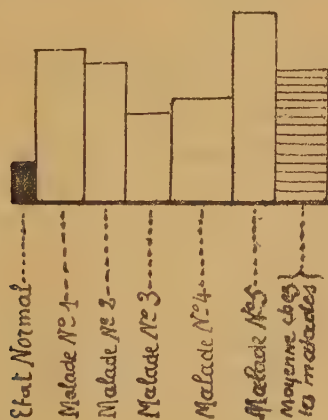
Tests et résultats. — Parmi les épreuves auxquelles nous avons soumis les malades, il en est une que nous citerons et décrirons en premier lieu ; elle nous a permis de faire des constatations intéressantes.

Il s'agit de l'application d'une nouvelle méthode pour l'étude de l'attention due à MM. Rogues de Fursac et Abély qui en ont fait la communication à la Société médico-psychologique (séance du 29 novembre 1919). Dans une série de phrases écrites et disposées en vue de l'expérience, M. Rogues de Fursac invite le sujet à barrer tous les *a* de deux en deux. Il note le temps de

l'opération et le nombre de fautes ou erreurs commises. Inscrivant le temps sur la ligne des abscisses et les fautes sur celle des ordonnées, il construit ainsi des rectangles qui donnent la représentation graphique de l'attention du sujet en expérience. Cette méthode permet donc de déterminer la qualité et la rapidité du travail.

Nous avons employé un texte de vingt lignes, dans lequel la lettre *a* se rencontre 71 fois; nous avons soumis toujours ce même texte aux malades en expérience en leur faisant effacer seulement un *a* sur deux. Il était indispensable de déterminer d'abord la moyenne des temps et des fautes chez les sujets normaux; après un certain nombre d'expériences, nous arrivons aux résultats suivants : normalement, le temps d'exécution est de trois minutes et le nombre d'erreurs ne dépasse pas 4. Donc, au-dessus de 5 erreurs, nous devons penser à un trouble de l'attention, et au-dessus de trois minutes, à une lenteur dans l'exécution du travail.

Nous avons soumis nos 5 malades à cette épreuve et nous obtenons, pour chacun d'eux, les résultats représentés dans le graphique ci-après. Nous construisons ce graphique de la façon



Les numéros des malades correspondent à ceux des observations.

suivante. Sur une ligne horizontale, inscrivons la durée de l'opération, 1 millimètre représentant une minute. A l'extrémité de cette ligne, élevons une perpendiculaire et, sur cette

ligne verticale, inscrivons les erreurs, chaque erreur étant représentée par 1 millimètre également. Menons les parallèles. Nous obtenons un rectangle dont la base représente, avec une précision rigoureuse, la durée de l'épreuve; et la hauteur, le nombre d'erreurs commises.

En faisant la moyenne des temps mis par nos malades et la moyenne des fautes commises par eux, nous arrivons aux résultats suivants : la durée moyenne est de six minutes, c'est-à-dire double de celle mise normalement; le nombre de fautes est d'environ 17, c'est-à-dire plus de trois fois supérieur à celui obtenu par un sujet normal. La simple lecture du graphique suffit d'ailleurs à nous montrer grossièrement ces différences.

Nous constatons donc que la lenteur dans l'exécution du travail est très nette chez ces malades et que la qualité du travail (il s'agit ici de la puissance d'attention) est encore plus déficiente. Nous devons donc conclure que la puissance d'attention est diminuée chez nos malades et qu'ils sont très ralentis dans leur activité d'exécution.

Cette épreuve de barrage de lettres nous a permis, d'autre part, de constater la fatigabilité de l'attention chez les malades en expérience. Nous avons remarqué, en effet, que les erreurs sont de plus en plus fréquentes à mesure qu'on se rapproche de la fin du texte, ce que nous n'avons pas observé chez les sujets normaux.

Pensant que la prédominance des fautes dans la dernière partie du texte pouvait être due à une plus grande fréquence de la lettre *a* (ce qui aurait pu augmenter les causes d'erreur), nous avons interverti l'ordre des phrases de façon que la succession des « *a* » soit complètement bouleversée. Nous avons constaté encore que, dans ce contrôle, le nombre de fautes est plus grand vers la fin du texte qu'au début.

Cette fatigue est d'ailleurs constatable par la simple observation des sujets; ils sont obligés de s'arrêter de temps à autre, au cours de l'épreuve, pour se reposer quelques secondes; après quoi, ils continuent l'exécution du test. Ces pauses, ces arrêts traduisent la difficulté extrême que ces malades éprou-

vent à soutenir leur attention ; beaucoup nous disent, en terminant, qu'ils sont très fatigués et qu'ils doivent faire un gros effort pour exécuter ce travail. Cet effort est même constatable chez certains d'entre eux ; chez 2 malades nous avons remarqué très nettement une accélération du rythme respiratoire au cours de l'épreuve. Il est probable que si ces malades n'étaient profondément touchés dans leur mimique, cet effort se traduirait encore par les autres manifestations qui le caractérisent habituellement, à savoir l'abaissement et le rapprochement de la tête des sourcils, déterminant des plis verticaux à la racine du nez. Quoi qu'il en soit, nous concluons que la fatigabilité de l'attention est nettement constatable chez nos malades.

Nous avons soumis nos 5 sujets à une série d'autres tests d'attention, en nous efforçant surtout de rechercher plutôt des épreuves longues et simples, que courtes et difficiles (barrages de dessins, triages et combinaisons de permutation de cartes, énumération à rebours des jours de la semaine et des mois de l'année — numération de coups successifs, frappés rapidement et irrégulièrement — chocs donnés à la fois par les deux mains en nombre fixé, inégal...). Nous ne donnons pas ici les résultats particuliers à chaque malade ; nous prions le lecteur de se reporter aux observations ci-après. Toutes ces épreuves nous donnent des résultats concordants avec les précédents : diminution du degré d'attention, lenteur, fatigabilité, effort considérable que doit fournir le malade.

Ces épreuves ont nécessité un certain nombre de séances pour chaque malade, précisément à cause de la fatigue que nous avons toujours rencontrée.

Conclusions. — Sans vouloir conclure du particulier au général, ce qui est contraire au bon sens, nous croyons cependant que les résultats obtenus chez nos 5 malades sont suffisamment nets et concordants pour nous permettre de déterminer les modifications de l'attention volontaire chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. Ces modifications sont les suivantes : diminution du pouvoir d'attention, lenteur, fatiga-

bilité rapide, enfin, nécessité d'un gros effort pour soutenir l'attention un peu longuement.

Essai psycho-pathologique. — Essayons maintenant d'interpréter ces résultats et de nous demander quelle en est la genèse. Voyons d'abord comment on peut essayer d'expliquer la diminution du pouvoir d'attention. Les psychologues ont tous insisté sur ce fait que le mécanisme de l'attention est essentiellement moteur. Ribot, qui défend cette opinion, écrit notamment : « Si les mouvements qui, comme on dit, accompagnent l'attention, mouvements de la respiration, de la circulation, de la tête, des membres, etc., sont sans vigueur ; si tous ces phénomènes moteurs sont, ainsi que nous le pensons, non des concomitants, mais des éléments, des parties intégrantes de l'attention qui donnent à l'état intellectuel une délimitation, un soutien et pour ainsi dire un corps ; s'ils ont pour effet, à l'état normal, de renforcer la sensation, l'image ou l'idée par une action en retour, il est clair que ces conditions sont ici absentes ou défailantes, et qu'il ne peut se produire que des essais d'attention, faibles ou sans durée : ce qui arrive. »

Or, les parkinsoniens post-encéphaliques sont profondément troublés dans leur motricité : les mouvements des membres sont ralentis et gênés, leur physionomie a perdu sa mobilité, leur respiration est parfois troublée elle aussi, comme en témoignent certaines observations. Il nous semble donc que, chez ces malades, le trouble moteur puisse expliquer en partie cette diminution d'attention ; la phrase célèbre de Maudsley nous paraît s'appliquer très justement à eux : « Celui qui est incapable de gouverner ses muscles est incapable d'attention. »

Comment expliquer la fatigabilité et l'effort ? Le rôle de l'attention est de fixer l'esprit, de le diriger sur des idées déterminées et de lutter contre l'envahissement de la conscience par d'autres pensées. C'est à la fois un pouvoir fixateur et directeur. Normalement, lorsque nous pensons, notre attention n'intervient que d'une façon intermittente ; l'automatisme de la pensée, ou plus exactement l'auto-conduction, se charge précisément

d'intervenir entre temps, de façon à permettre à notre attention de se relâcher, de se reposer. Or, les auteurs qui ont étudié l'état mental des parkinsoniens post-encéphalitiques (Naville, Verger et Hesnard...) insistent sur le ralentissement de l'écoulement idéatif; il semble que ces sujets sont touchés dans leur automatisme intellectuel comme dans certains automatismes moteurs. On conçoit alors qu'ils doivent dans l'accomplissement d'un travail intellectuel, même très simple, fournir un effort constant d'attention. Celle-ci doit être toujours stimulée, les malades étant obligés de « vouloir leur pensée » au lieu de la laisser aller à sa guise en se bornant, comme le normal, à intervenir de temps en temps pour la réfréner et l'appliquer utilement. C'est cette stimulation volontaire qui est excessivement pénible au malade, et c'est elle qui explique la fatigabilité si rapide que nous avons constatée.

Si nous nous souvenons que cette fatigabilité et cet effort sont les altérations les plus nettes que nous avons rencontrées chez nos malades, nous voyons qu'il s'agit moins chez eux d'une diminution d'attention que d'une difficulté de soutenir cette attention. Celle-ci serait donc touchée surtout dans son mécanisme et dans son expression.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur ABADIE.

Jacques J..., 23 ans, cordonnier, entre pour la seconde fois dans le service le 21 décembre 1922, où il avait déjà été hospitalisé en avril 1922 pour séquelles d'encéphalite léthargique. Il y revient pour la même raison. On ne relève rien d'anormal dans ses antécédents personnels et héréditaires. L'histoire de la maladie commence en février 1920 : étant soldat à l'armée d'Orient, le malade constate brusquement, le matin au réveil, qu'il voit double; ses camarades lui disent que son œil gauche est tourné en dehors. Ces troubles oculaires n'étaient accompagnés d'aucun phénomène général, et le malade prétend avoir passé une nuit normale. Trois ou quatre jours après apparaissent : fièvre, 39° 4, céphalée, rachialgie, contusions légères. J... se rappelle avoir eu, à ce moment, une somnolence, bientôt suivie d'un sommeil constant mais léger. Le malade nous dit se souvenir d'avoir été réveillé à plusieurs reprises par le médecin; il se souvient très bien de ce dernier, mais il a oublié son nom. Cette phase de somnolence aurait duré environ quinze à vingt jours, d'après les dires du malade. Au réveil, la diplopie persiste et on constate une raideur de tout le corps, avec perte complète des forces. Le malade ne peut faire aucun mouvement; il ne quitte son lit qu'avec l'aide d'un infirmier. Il signale, dès ce moment, une salivation abondante. Cet état dure quatre mois. J... peut alors se lever seul, les mouvements sont moins pénibles. Un tremblement

léger, constant, fait son apparition; ce tremblement s'atténue un peu pendant les mouvements volontaires, Il diminue assez vite et, progressivement, ne tarde pas à disparaître. Quatre ponctions lombaires ont été pratiquées durant ces quatre mois; toutes ont révélé un liquide céphalo-rachidien normal. Évacué sur Marseille en juin 1920. On constate, à l'arrivée, que le malade est figé; les mouvements sont lents et pénibles. Le tremblement reparait dans les bras et commence dans les jambes.

En septembre 1920, premier séjour dans le service. Un traitement radiothérapique est institué (15 séances). Légère amélioration. Le malade retourne chez lui et veut reprendre son métier. Ne pouvant travailler suffisamment pour gagner sa vie, il entre à l'hôpital militaire de Saint-Nicolas, à Bordeaux. Là, il se fait remarquer par sa mauvaise humeur; il est fréquemment puni, car il se dispute avec les autres malades, et va même jusqu'à frapper ses camarades de salle.

En décembre 1922, J... entre pour la seconde fois dans le service.

Examen somatique. — Nous sommes frappés par son attitude figée. Le visage est impassible; seuls les yeux sont assez éveillés et mobiles.

Le malade présente l'attitude classique du parkinsonien; le corps est légèrement incliné en avant, les bras sont collés au corps, et les avant-bras en demi-flexion. Les mains sont en pronation et les doigts à demi fléchis. Les mouvements sont lents et pénibles. Le phénomène de la « roue dentée » est assez net. Les membres inférieurs sont en extension complète. Réflexes normaux. La marche se fait à peu près normalement, on note seulement un léger fléchissement sur les jambes. Perte des mouvements automatiques associés; les bras restent collés au corps et les avant-bras en demi-flexion.

Examen psychique. — Le malade se prête assez aimablement à nos différents examens; ce n'est que lorsque ceux-ci se prolongent un peu que J... fait preuve d'impatience et nous dit, à plusieurs reprises, de nous en aller, car nous le fatiguons.

Il commence par nous demander s'il est ici pour longtemps, car il ne se plaît pas à l'hôpital. Il est mal nourri, dit-il, et ses voisins se moquent de lui. Tendance à suspecter l'entourage de manquer de

charité à son égard et à interpréter les gestes et attitudes des autres malades comme étant des moqueries dirigées contre lui. Nous nous renseignons et apprenons que J... est insupportable et qu'il a un caractère très difficile. Il s'irrite à propos d'un rien, cherche même des altercations avec ses camarades de salle. Il passe sa journée sans rien faire, ne s'intéresse à rien et ne lit jamais ni livres, ni journaux. « C'est un paresseux qui passe son temps à nous embêter » nous dit un de ses voisins de lit. Même la nuit, il arrive que le malade se lève pour aller réveiller ce même voisin, à seule fin de lui faire une bonne farce. Colères fréquentes; il lui arrive de frapper les autres malades, et la sœur du service nous dit avoir assisté à une bataille au cours de laquelle J... fut particulièrement violent. Depuis ce jour, les malades lui donnent le surnom de « sang bouillant », ce qui n'est pas fait pour calmer son irritabilité.

Indifférence relative vis-à-vis des siens; il ne lui tarde pas de revoir sa famille. Par contre, son état le préoccupe beaucoup, et son infirmité lui cause de nombreux soucis au sujet de son avenir. Il s'afflige de ne pouvoir rien faire, et s'inquiète de sa vie future. « Comment voulez-vous que je trouve une femme dans l'état où je suis? », nous dit-il.

Le malade est intellectuellement peu touché. Il se plaint surtout de l'effort qu'il faut qu'il fasse pour lire, pour suivre une conversation. Mémoire conservée. Jugement et raisonnement aussi. Attention spontanée un peu diminuée. Il nous dit ne pas s'intéresser à ce qui l'entoure; nous remarquons qu'il reste assis sans même détourner la tête, lorsque nous entrons dans sa chambre ou que quelqu'un passe dans le couloir. Attention volontaire assez nettement déficiente. Le malade nous dit lui-même qu'il lui est très difficile et très pénible de soutenir son attention.

Nous le soumettons à l'épreuve de différents tests dont voici les résultats :

1° Épreuve de barrages de lettres, suivant le procédé de M. Rogues de Fursac :

Erreurs, 20; durée, six minutes.

La fatigabilité est assez nette chez ce malade; sur 20 erreurs, nous

en notons 13 dans la deuxième moitié du texte et seulement 7 dans la première moitié;

2° Épreuves de barrages de dessins :

Barrages de tous les traits horizontaux dans un dessin, 2 erreurs;

Barrages de figures symétriques, 4 erreurs;

3° Épreuves de triages et de combinaisons de permutations de cartes :

Le malade arrive à un résultat satisfaisant, mais après beaucoup d'hésitation et un temps assez long;

4° Énumération à rebours des jours de la semaine et des mois de l'année :

Le malade énumère facilement les jours de la semaine; pour les mois de l'année, il est obligé de recommencer cinq fois de suite avant d'arriver à les énumérer à peu près correctement (un seul oubli : septembre);

5° Chocs donnés à la fois par les deux mains en nombre fixé, inégal :

Le nombre d'erreurs est assez élevé dans cette épreuve; le sujet doit s'occuper de deux choses à la fois, ce qui nécessite un degré d'attention plus élevé;

6° Numération de coups frappés très rapidement et irrégulièrement :

Résultats exacts.

Dans toutes ces épreuves, sauf dans la première qui nécessite une puissance d'attention soutenue, les résultats sont relativement satisfaisants, mais très lents.

OBSERVATION II (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur ABADIE.

Jean C., 20 ans, cultivateur, entre dans le service le 1^{er} février 1923.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Le début de la maladie remonte au mois de décembre 1920. Après déjeuner, le malade est pris de ce qu'il appelle « un tournement de

tête ». Il voyait, dit-il, les objets tourner autour de lui. Néanmoins, il peut continuer son travail jusqu'au soir. Pas de frissons, pas de fièvre. Il voyait trouble, mais pas double. Nuit agitée, cauchemars. Le lendemain, les mêmes troubles persistent; le malade se lève, mais doit rester assis. Le troisième jour de la maladie, un médecin vient le voir; il prescrit le repos au lit et une potion dont le malade ne peut nous indiquer la nature. Le cinquième jour, un état de somnolence s'installe. C... se souvient qu'il somnolait, que les personnes de sa famille l'interpellaient, mais qu'il lui était impossible de s'éveiller complètement. Il ouvrait les yeux un instant, reconnaissait les siens et se rendormait. Cet état de somnolence dure huit jours. La durée totale de la maladie et de la convalescence est d'environ un mois. Le malade reprend ses occupations : il soigne le bétail, retourne aux champs. Il constate qu'il a souvent envie de dormir et qu'il travaille plus lentement qu'avant. « Je n'étais pas tout à fait comme avant, dit-il; je m'endormais souvent dans la journée. J'ai la sensation interne d'une certaine difficulté d'exécuter les mouvements. » En juillet 1921, pendant les moissons, il constate qu'il a perdu son habileté manuelle; il lie moins de gerbes que son jeune frère et se fatigue très vite. En marchant, dit-il, « j'oubliais de remuer mes bras ». Son entourage fait la même remarque et s'étonne de la lenteur de son travail.

Depuis août 1921, aucune modification dans l'état du malade. Ce n'est que vers le mois d'août 1922 qu'un léger tremblement des mains et des pieds fait son apparition.

Examen somatique. — Le malade a le masque impassible et caractéristique du parkinsonien. La face est immobile dans son ensemble, à l'exception des yeux et des paupières qui présentent quelques mouvements. Par la bouche entr'ouverte s'écoule une salive assez abondante et persistante; cette sialorrhée s'accroît pendant le sommeil et mouille le drap. Le corps est légèrement incliné en avant et les bras sont collés au tronc ou à la ceinture. Les mouvements sont lents, pénibles. On éprouve une légère résistance et une sensation de raideur dans la mobilisation passive des membres supérieurs. Tremblement léger dans l'attitude du serment avec instabilité des doigts. Les membres inférieurs ne paraissent pas touchés. La marche est

rapide, à grands pas. Perte des mouvements automatiques associés.

Pas d'antépulsion nette; léger degré de rétropulsion et de latéropulsion.

Réflexes normaux.

Examen psychique. — Le malade a une tenue soignée; ses vêtements sont propres. La physionomie exprime l'indifférence.

Il parle très peu, seulement pour répondre aux questions qu'on lui pose, et encore ces réponses consistent le plus souvent en « oui » ou « non ».

Par moments, cependant, il devient plus loquace et c'est alors pour nous interroger sur ce qu'on pense faire de lui, sur le jour où il pourra sortir de l'hôpital. Il répète plusieurs fois ces questions dans la même matinée. Il s'inquiète d'une façon constante de son état; interroge successivement le chef de clinique, l'interne, la sœur du service au sujet de ses séances radiothérapiques. Pas de gros troubles du caractère : ni brutal, ni coléreux, simplement légèrement irritable. L'affectivité est conservée; il s'inquiète de sa famille qui ne vient pas le voir. Les facultés intellectuelles sont surtout ralenties. Les réponses sont lentes; il suit avec lenteur la conversation et nous dit être obligé de faire un gros effort pour nous écouter. Mémoire d'évocation, de fixation et de reproduction conservées.

L'attention spontanée est normale; le malade paraît s'intéresser à ce qui se passe autour de lui. Au cours des tests que nous avons pratiqués, nous remarquons une diminution de l'attention volontaire et surtout le gros effort que le malade doit fournir pour les exécuter. Il est obligé de s'arrêter au cours du travail et nous dit : « Je ne sais plus ce qu'il faut faire. »

1^o Épreuve de barrages des « a » suivant le procédé de Rogues de Forsac :

Erreurs, 18; durée, cinq minutes.

Pas de fautes dans les six premières lignes; le nombre d'erreurs augmente sensiblement à mesure qu'on se rapproche de la fin du texte;

2^o Barrages de dessins :

Barrages de tous les traits horizontaux dans un dessin, résultats exacts;

Barrages de figures symétriques; 1 faute;

Grande lenteur et beaucoup d'hésitation;

3° Triages de cartes et combinaisons de permutations de cartes :

Quelques erreurs; lenteur et hésitation;

4° Énumération à rebours des jours de la semaine et des mois de l'année :

Énumération correcte des jours de la semaine. Pour les mois, le malade fait preuve d'une grande difficulté; après trois essais successifs, il nous dit qu'il est fatigué et ne peut plus penser.

5° Chocs donnés à la fois par les deux mains en nombre fixé, inégal:

Résultats médiocres; 4 erreurs sur 5 essais;

6° Numération de coups frappés très rapidement et irrégulièrement :

Résultats satisfaisants.

En somme, chez ce malade, ce qui frappe surtout, c'est l'effort considérable qu'il doit fournir pour fixer son attention et surtout pour la soutenir un certain temps.

OBSERVATION. III (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur ABADIE.

François S..., 41 ans, manoeuvre dans une raffinerie, entre dans le service le 9 mars 1923, parce qu'il tremble et que ses mouvements sont devenus lents et pénibles. Nous ne relevons rien d'anormal dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Le début de la maladie remonte en janvier 1919.

A cette époque, le malade nous dit avoir eu de la fièvre, des courbatures et de violentes douleurs de tête; néanmoins, il continue son travail. Une transpiration abondante, particulièrement intense au niveau des mains, apparaît par la suite; le malade l'attribue à sa fièvre. Cet état dure vingt à trente jours.

S..., qui travaille alternativement une semaine durant le jour et une semaine durant la nuit, remarque que pendant ses nuits de veille il est devenu somnolent. Il est moins appliqué dans son tra-

vail, plus maladroit; « j'avais toujours envie de m'assoupir », nous dit-il. En novembre 1920, cet état semble s'aggraver. Le malade ressent une grande faiblesse générale et doit cesser son travail. Des troubles oculaires apparaissent : les objets sont vus en double, les images sont troubles; de plus, au niveau des yeux, apparaît une douleur comparable à une sensation de cuisson. Le malade remarque aussi que ses yeux sont souvent remplis de larmes.

En décembre 1920, S... reprend son travail. Somnolence pendant le jour et, au contraire, insomnies fréquentes durant la nuit. En février 1921, faiblesse. Courbatures. Fatigue extrême. Cessation du travail. Des douleurs apparaissent dans le pied gauche, puis gagnent tout le membre inférieur gauche. Par la suite, le pied et la jambe du côté droit deviennent douloureux à leur tour, et les douleurs se généralisent à tout le corps.

En septembre 1922, le malade signale du tremblement dans le pied gauche; ce tremblement apparaît peu après dans le bras gauche. Le 7 mars 1923, S... vient à la consultation de M. le professeur Abadie, qui le fait entrer dans son service.

Examen somatique. — Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'immobilité de la face; la physionomie est figée dans un masque d'impassibilité. Globes oculaires peu mobiles spontanément, regard fixé dans la même direction. Quelques mouvements de mâchonnement, dont certains sont suivis de déglutition, se produisent de temps en temps; ils sont perçus par le malade, mais restent involontaires. Léger tremblement de toute la mâchoire inférieure.

Le malade peut rire, siffler, souffler, mais avec difficulté.

Les membres supérieurs sont immobiles. Les mouvements passifs sont pénibles et on éprouve de la résistance dans la mobilisation des avant-bras sur les bras.

Les membres inférieurs sont raides. La marche se fait lentement, à petits pas, les pieds raclant le sol. La tête et le tronc sont rigides et les bras restent collés au corps. Réflexes normaux.

Un tremblement très net, généralisé à tout le corps, achève le tableau de la maladie; on pourrait croire, sans les commémoratifs que nous avons signalés, qu'on se trouve en présence d'un cas classique de maladie de Parkinson.

Examen psychique. — La parole est lente, monotone; le malade ne répond que par monosyllabes. Ces réponses se font attendre assez longuement, mais elles sont justes, correctes. S... se prête volontiers à notre examen et nous dit qu'il serait heureux si nous pouvions le soulager. A ce moment, éclate une véritable crise de larmes, et il nous dit d'une voix entrecoupée de sanglots : « Je ne suis plus bon à rien, je sais bien que je suis perdu. » Comme nous l'encourageons et essayons de le calmer, il s'attendrit davantage encore et nous devons interrompre notre examen un instant pour laisser calmer le malade. S... nous dit qu'il est devenu d'une profonde tristesse et que plus rien ne l'intéresse en dehors de sa maladie. Il nous signale aussi que son humeur a changé et qu'il s'est brouillé avec de nombreux amis. Il reconnaît s'irriter facilement et se mettre souvent en colère : « C'est plus fort que moi, nous dit-il, mais il y a des moments où je ne peux supporter personne. » Ceci lui est très pénible, et à cette pensée, le malade recommence à pleurer. Pourtant, comme à ce moment un malade du service s'amuse dans le couloir à faire de la barre fixe, S... esquisse un sourire et nous dit, dans l'intention manifeste de plaisanter : « En voilà un qui est plus agile que moi ! » Le malade ne se plaît pas à l'hôpital, et fait montre de mécontentement vis-à-vis du personnel hospitalier. Il trouve qu'on ne s'occupe pas assez de lui. Il prétend avoir eu très mal à la tête la veille au soir; comme nous lui disons qu'il aurait dû en informer la sœur du service, il nous répond : « Elle se fiche pas mal de moi ! » Affectivité et sentiments conservés; le malade nous parle des siens et nous dit qu'il serait heureux de les revoir; nouvelle crise de larmes. Au point de vue intellectuel, on note de la lenteur et une grande paresse. Jugement et raisonnements lents, mais justes. Le malade prétend que sa mémoire est devenue insuffisante, qu'il oublie vite et presque tout. Les tests de mémoire confirment ces dires; diminution de la mémoire de fixation. L'attention spontanée est légèrement diminuée.

L'attention volontaire est un peu déficiente, comme on peut le voir d'après les résultats suivants :

1° Barrages de lettres (méthode de Rogues de Fursac) :

Erreurs, 11; durée, six minutes;

A noter de nombreux arrêts au cours de ce travail, et le plus grand nombre d'erreurs dans la dernière partie du texte qu'au début;

2° Barrages de dessins :

Barrages de tous les traits horizontaux dans un dessin, pas de fautes;

Barrages de figures symétriques, 2 erreurs;

3° Triages et combinaisons de permutations de cartes :

Grande lenteur, nombreux arrêts, 2 erreurs sur 5 épreuves;

4° Énumération à rebours des jours de la semaine et des mois de l'année :

Le malade exécute convenablement ces deux épreuves;

5° Chocs donnés à la fois par les deux mains en nombre fixé, inégal :

Ce test nécessitant un degré d'attention plus élevé, il en résulte que les résultats sont moins bons : 3 erreurs sur 6 essais;

6° Numération de coups frappés très rapidement et irrégulièrement :

1 erreur sur 5 essais.

Ce qui est surtout à noter chez ce malade, c'est la lenteur des résultats et le gros effort qu'il doit fournir pour soutenir son attention.

OBSERVATION IV (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur ABADIE.

Adrienne G..., 39 ans, femme de gendarme, entre dans le service en juillet 1923. Rien à signaler dans ses antécédents. L'histoire de la maladie remonte en mars 1920; à ce moment, la malade nous dit avoir eu « une crise nerveuse ». Il est difficile d'obtenir plus de précision, car la malade a beaucoup de difficulté à rassembler ses souvenirs. Elle se souvient simplement, à la suite de cet état qui a duré quinze jours, d'une grande tendance au sommeil; elle nous dit aussi que ses yeux se troublaient de temps en temps. Le mari, que nous avons interrogé, n'est guère plus précis; il nous dit que sa femme est devenue maladroite, que ses mouvements se sont ralentis et que surtout son caractère a considérablement changé. La malade

devient irritable et ne veut voir personne; elle ne peut plus supporter les conversations et fait preuve de mauvaise humeur envers les personnes de sa famille qui viennent lui rendre visite. Elle en arrive à ne plus pouvoir supporter même ses enfants qui, dit-elle, font trop de bruit; le père est obligé d'envoyer son petit garçon chez ses grands-parents. La malade se dispute alors avec sa fille; celle-ci ne peut ni chanter ni rire sans que sa mère s'en irrite. Le mari nous confie ces détails assez difficilement et ne nous parle pas de l'attitude de sa femme vis-à-vis des autres personnes habitant la gendarmerie. Nous apprenons pourtant que la malade se dispute souvent avec les femmes des autres gendarmes, et qu'elle est devenue insupportable pour tout son entourage. A partir de janvier 1923, ces troubles du caractère et la lenteur des mouvements se sont intensifiés. La malade devient raide et ses bras deviennent immobiles; elle ne peut plus s'occuper de son ménage. En juillet 1923, la malade entre dans le service de M. le professeur Abadie.

Examen somatique. — La malade se présente à nous dans une attitude caractéristique. Son facies est impassible, sans expression aucune; ses yeux regardent fixement et toujours dans la même direction. La tête et le tronc sont inclinés en avant; les bras sont collés au corps et les avant-bras sont en demi-flexion. La marche est lente, à petits pas et les mouvements automatiques sont absents. La malade se tourne d'une seule pièce et paraît littéralement soudée. Tous les mouvements sont extrêmement lents. Les réflexes sont un peu ralentis.

A noter un tremblement léger, localisé aux membres supérieurs, surtout net dans l'attitude du serment.

Examen psychique. — La malade suit très difficilement notre interrogatoire; ses réponses se font longuement attendre. « Mes idées viennent moins vite, nous dit-elle, il m'est très pénible de parler; quand je suis une conversation, je ne sais plus quoi dire, je perds le fil. » Elle ne répond guère que par « oui » ou par « non » aux questions posées; si elle commence une phrase un peu longue, il lui arrive de s'arrêter et de ne plus trouver ses mots.

Nous notons chez elle une grande préoccupation de son état. Elle craint beaucoup de ne pas guérir et pleure à chaudes larmes en nous

racontant sa maladie. Elle accuse une profonde tristesse et nous dit que souvent elle a des crises de larmes comme celle qu'elle vient d'avoir devant nous.

Elle nous avoue avoir eu, étant chez elle, des idées de suicide : envie de se pendre, de se jeter à l'eau. Jamais pourtant elle n'a pu nous dire si elle avait fait une tentative d'exécution. Elle désire des renseignements sur sa maladie, se montre anxieuse et nous demande plusieurs fois, en pleurant, de ne pas l'envoyer à l'Asile de Château-Picon. Elle nous parle de son mauvais caractère et nous raconte qu'elle était devenue très irritable. « Je ne pouvais plus les supporter », nous dit-elle en parlant des siens. Elle s'inquiète de ce qu'on peut penser d'elle; elle croit voir, dans les attitudes des autres malades, des moqueries à son égard.

Les sentiments et l'affectivité sont conservés. Pourtant la malade nous dit ne pas aimer qu'on vienne la voir; « ça me crispe de causer, nous dit-elle, j'aime autant ne voir personne ». Les facultés intellectuelles sont ralenties; la malade se plaint de l'effort qu'elle doit fournir pour penser. Le raisonnement et le jugement sont normaux; difficulté et lenteur de l'association des idées. La mémoire de fixation est un peu déficiente. L'attention spontanée est diminuée; la malade ne s'intéresse à rien et reste assise dans son coin toute la journée; elle ne paraît pas remarquer ce qui se passe autour d'elle. L'attention volontaire se fixe assez bien au début de l'interrogatoire, mais quand elle doit se soutenir quelque temps, elle donne lieu à un effort si pénible qu'on constate rapidement des pauses, des absences.

1^o Barrages de lettres (épreuve de Rogues de Fursac) :

Erreurs, 13; durée, huit minutes.

On remarque qu'ici la lenteur dans l'exécution du travail est très apparente. La malade doit faire un grand effort pour ne pas abandonner l'épreuve; nous constatons, à la fin du travail, une accélération assez nette du rythme respiratoire;

2^o Barrages de dessins :

Barrages de tous les traits horizontaux dans un dessin, 2 erreurs,
Barrages de figures symétriques, 4 erreurs;

3^o Triages et combinaisons de permutations de cartes :

Résultats satisfaisants, mais de nombreuses pauses et grande hésitation;

4° Énumération à rebours des jours de la semaine et des mois de l'année :

Énumération correcte des jours de la semaine. Pour les mois de l'année, la malade commence par nous dire « je ne pourrai jamais » ; puis, après plusieurs essais, elle n'y arrive qu'avec beaucoup de difficulté et après de nombreuses omissions (décembre, novembre, octobre, août, juillet, juin, mars, janvier) ;

5° Chocs donnés à la fois par les deux mains, en nombre fixé, inégal :

3 erreurs sur 5 essais ;

6° Numération de coups frappés très rapidement et irrégulièrement :

Presque tous les résultats sont faux.

En résumé, attention volontaire diminuée, lenteur dans l'exécution des tests et gros effort à fournir, fatigabilité rapide.

OBSERVATION V

Recueillie à la consultation de M. le professeur ABADIE et publiée en partie
in thèse de SARRAN, Bordeaux, 1922.

Léonie A..., âgée de 12 ans. Aucun antécédent héréditaire. Dans ses antécédents personnels, il faut noter une rougeole à 5 mois et une coqueluche à 5 ans.

En novembre 1919, elle eut une grippe et semblait guérie lorsque, vers la fin décembre, elle fut prise d'un nouveau malaise : fièvre très forte, agitation, délire ; sa bouche était déviée et animée de secousses. Peu à peu, ces symptômes disparaissaient et étaient remplacés par de la somnolence. La malade est levée au début de février ; elle frappe alors par son aspect sautillant, grimaçant ; « elle paraissait, nous dit sa mère, avoir la danse de Saint-Guy ». La somnolence a cessé et l'enfant est devenue turbulente, agitée et même méchante, instabilité d'humeur, dissipation ; elle attire sur elle de nombreuses punitions de la part de sa maîtresse d'école. Un séjour à Salies-de-Béarn n'amène aucune amélioration de cet état. L'année suivante, en 1921, elle passe les mois de juillet,

août et septembre à la campagne; elle reprend une tendance marquée à la somnolence, dormant à tout moment et en tout endroit. De retour à Bordeaux en octobre, elle garde cette même tendance, mais, de plus, elle salive abondamment. Elle « cligne » fréquemment les paupières; ses mouvements deviennent lents et maladroits; sa démarche apparaît difficile. Il y alors de l'hyperréflexivité et de l'hyperexcitabilité. Peu à peu apparaît le facies figé, qu'illumine de temps en temps un sourire large, transversal, un peu lent. La salivation devient plus abondante. L'enfant commence à traîner une jambe et à tomber, sans pouvoir prévenir sa chute.

En novembre 1922, elle présente un facies figé, immobile, véritable masque de cire; seul le regard garde une certaine vivacité. De temps en temps, le même sourire déjà signalé apparaît. Le corps est raide, soudé. Dans la station debout, la malade penche à gauche et en arrière, après quelques minutes d'immobilité; elle ne tombe pas, car elle se redresse bientôt d'un mouvement assez vif. Maladresse des mouvements et extrême lenteur dans leur exécution.

Au repos, la malade ne présente aucun tremblement, mais il y a, au début de tout mouvement de la main, un léger tremblement.

Tous les mouvements passifs sont possibles. Force musculaire conservée.

Réflexes vifs.

Bâillements spasmodiques pendant l'examen.

Examen personnel (Nous avons examiné cette petite malade uniquement au point de vue psychique; ce qui précède a été emprunté à la thèse de notre camarade et ami, le docteur Sarrau). — Nous apprenons, par sa mère, que le caractère de cette enfant a très nettement changé depuis sa maladie. De nature plutôt calme, elle est devenue turbulente, agacée, irritable. Elle taquine ses sœurs, les frappe, et se plaît même à les faire pleurer. Lorsqu'elle allait en classe, l'institutrice avait été frappée de son indiscipline et de sa dissipation; elle tirait les cheveux à ses voisines, faisait le pied de nez au professeur quand il avait le dos tourné. De plus, elle était devenue inattentive, ne savait plus ses leçons et attirait ainsi sur elle les mauvaises notes et de nombreuses punitions.

La mère ajoute que la petite malade pleure et rit tour à tour très

facilement. L'enfant répond assez mollement à nos questions; elle sourit, paraît écouter, mais, en réalité, se préoccupe de tout autre chose que de ce dont on lui parle. Jugement, raisonnement, mémoire ne paraissent pas troublés; elle exécute correctement, mais lentement, de petits calculs et même de petits problèmes. L'enfant nous paraît très distraite et il est difficile de fixer son attention. Il nous est impossible de lui faire exécuter toute la série des tests d'attention :

1° Épreuve de barrages de lettres (méthode de Rogues de Fursac):

Erreurs, 25; durée, cinq minutes.

Nous sommes obligés, au cours de l'épreuve, d'aider la petite malade. Elle paraît pressée de finir et commet de nombreuses fautes. Nous recommençons trois fois avant de pouvoir obtenir un résultat suffisant;

2° Énumération à rebours des jours de la semaine et des mois de l'année. Les jours de la semaine sont énumérés correctement; les mois de l'année sont plus difficiles à énumérer et l'enfant oublie septembre et février.

Nous n'avons pas pu soumettre l'enfant aux autres épreuves.

OBSERVATION VI (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur ABADIE et due à l'obligeance de M. AURIAT, interne du service.

Blanche C..., 45 ans, sans profession, entre, le 30 juillet 1923, dans le service de M. le professeur Abadie. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires. L'histoire de la maladie remonte en janvier 1923. La malade, très active auparavant, constate qu'elle s'endort avec facilité. Étant au travail, il lui arrive d'être prise d'un besoin invincible de sommeil. Elle est obligée de s'étendre sur son lit, dans le courant de la journée; d'ordinaire très matinale, elle remarque qu'il lui est particulièrement pénible de se lever le matin. En même temps, elle souffrait d'une céphalée violente, siégeant dans la région frontale droite et s'accompagnant de tiraillement du globe oculaire.

La malade éprouve une difficulté à travailler; elle est extrême-

ment lente et maladroite. Pas de troubles de la vue. Au point de vue intellectuel, la malade, qui est cultivée et s'analyse assez bien, remarque la paresse de sa pensée. « C'est une vraie douleur pour moi que de parler et de penser. » Il lui devient impossible d'écrire une lettre, de lire, de fixer son attention, sans faire un très grand effort.

En avril 1923, la malade et son entourage remarquent que la figure devient figée et inexpressive. La sécrétion salivaire est abondante et la salive s'écoule hors de la bouche. Les membres supérieurs deviennent difficiles à mobiliser. Il semble à la malade que tout mouvement volontaire est gêné par une traction de sens contraire.

Elle sentait moins bien les objets qu'elle touchait et avait lorsqu'elle jouait du piano, la sensation de « toucher du velours ».

Examen somatique. — La physionomie est un peu figée. Le rire s'exécute encore, mais la contraction des muscles persiste plus longtemps que normalement.

Sialorrhée légère, plus marquée le matin. Lenteur des mouvements. Léger tremblement des doigts dans l'attitude du serment. Le tremblement est plus marqué à la main droite qu'à la gauche. Marche un peu rapide; immobilité des membres supérieurs pendant la marche. Attitude soudée; la malade se retourne d'une seule pièce. Les réflexes tendineux sont légèrement diminués au membre supérieur gauche; ailleurs, ils sont normaux.

Examen psychique. — La malade, qui est assez cultivée et capable de bien s'analyser, répond correctement aux questions posées.

On note chez elle une préoccupation de son état, et elle s'étudie beaucoup. Elle prend un grand intérêt à l'examen pratiqué sur elle, cherche à saisir dans la conversation ce qui peut se rapporter à sa maladie.

Comme elle se rend compte du ralentissement de son activité motrice et intellectuelle, elle craint beaucoup qu'on ne le remarque.

Elle cache les petits travaux manuels de couture ou de broderie qu'elle exécute, dès que l'interne se dirige vers elle. Celui-ci lui proposant un jour de lui faire jouer du piano, elle croit que c'est dans l'intention de se moquer de son insuffisance, et refuse catégoriquement. Elle trouve que la sœur du service ne s'intéresse pas assez à

elle, et prétend qu'on ne lui donne pas suffisamment de soins. Au début de son séjour dans le service, elle se sentait un peu mieux qu'avant son entrée; puis, subitement, elle s'inquiète de nouveau et prétend qu'elle va beaucoup plus mal. Il faut qu'elle sente qu'on s'occupe d'elle; un jour, elle fait déranger l'interne pendant qu'il déjeunait à seule fin de le voir et de lui demander ce qu'il pense de son état.

Nous reproduisons un passage d'une lettre que la malade a écrite au chef de service et où elle expose l'histoire de sa maladie : « J'ai dû abandonner mes grands travaux de couture et de peinture et me mettre à faire des ouvrages où l'initiative et l'imagination soient inutiles. J'avais dû renoncer, dès février, à faire la cuisine, ne me souvenant plus de rien. Une étrange musique : vieux airs, phrases rythmées, se mit à chanter dans mon pauvre cerveau, sans me laisser de trêve, même dans les circonstances les plus graves et les plus tristes. Les nuits deviennent agitées et la manie du suicide s'empare de moi. J'avalai un tube entier de « gardénal », dans un état d'inconscience complet; je ne me rappelle aucune circonstance de cette tentative qui n'aboutit qu'à trois jours de sommeil et me laissa un peu faible et abruti... »

N'étant pas à Bordeaux pendant le séjour de cette malade à l'hôpital, nous n'avons pu étudier chez elle les modifications de l'attention.

OBSERVATION VII

Recueillie dans le service de M. le professeur ABADIE et résumée par MASSÉ et LE BOURGO, in *Journal de médecine de Bordeaux*, novembre 1921.

B... (André), 43 ans, originaire du Haillan (Gironde), entre au Pavillon d'observation psychiatrique le 4 mai 1921, provenant de l'Hôpital des Enfants (service de M. le professeur agrégé Dupérié) où il n'avait pu être maintenu en raison des violences qu'il exerçait vis-à-vis des autres malades.

Aucun antécédent psycho-névropathique. Aucun antécédent morbide dans le passé du malade. Il a été à l'école jusqu'à l'âge de 12 ans, et, tant dans le milieu scolaire que dans le milieu familial,

il s'est développé et conduit normalement. L'histoire de la maladie commence le 26 février 1920. A la suite d'un refroidissement, apparut brusquement un état fébrile avec frissons, tremblement, insomnie, délire, céphalée violente. Quelques jours après, on constate de la raideur de la nuque, de la diplopie et un état parétique du membre inférieur gauche. On traite le malade par des bains froids et les phénomènes infectieux disparaissent le 20 mars. Durant la convalescence, toute une série de troubles nouveaux font leur apparition qui, pour la plupart, ont persisté jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

C'est d'abord une hypersomnie permanente, dont le malade ne sort que pour manger et boire avec excès. Puis une démarche à petits pas, le corps courbé en avant; un tremblement menu atteignant la tête et les membres supérieurs, et empêchant le malade de s'habiller seul.

En novembre 1920, la mère du malade remarque qu'il marche mal, en frappant du talon, qu'il tombe en avant.

En janvier 1921, apparaissent des troubles du caractère. André B... refuse d'obéir, s'échappe continuellement de la maison, il semble éprouver un besoin immodéré de se dépenser physiquement, frappe son entourage et on commence à remarquer qu'il commet de menus vols chez les voisins.

Il est hospitalisé à deux reprises dans le service de M. le professeur Moussous à l'Hôpital des Enfants; il s'y fait remarquer par son insubordination et sa violence; il fait une fugue au bout de dix-sept jours d'hospitalisation. Ramené quelques semaines plus tard à l'Hôpital des Enfants, il est évacué immédiatement dans le service spécial d'isolement de l'Hôpital Saint-André, en vue d'un internement.

A l'examen du malade, on est frappé par sa physionomie figée et impassible, d'aspect peu intelligent malgré le caractère attentif que lui donne la fixité du regard. La bouche, continuellement entr'ouverte, accroît l'expression de ce visage dont la mimique est très réduite. Par contre, si on commande au malade de faire la moue, il apparaît une trémulation des paupières et du frontal et des secousses de l'orbiculaire des lèvres.

La langue, mobile dans tous les sens, est légèrement instable, sans

tremblement véritable. Le bâillement est fréquent; la voix blanche, monotone.

L'examen ophtalmologique (Dr Dutheil) montre une diplopie croisée dans le regard en haut et à gauche, due à une parésie du droit supérieur de l'œil droit. Pupilles égales, régulières, réagissant bien à l'accommodation et à la lumière.

La tête, habituellement fléchie sur le thorax, est animée d'un tremblement continu, rapide. La main est en demi-flexion sur le poignet, la première phalange des doigts légèrement fléchie; les deux autres en extension, cependant que le pouce est appliqué le long de l'index. Un tremblement léger, isochrone avec celui de la tête, anime la main; il disparaît pendant l'exécution des mouvements. Maladresse du malade; l'écriture est irrégulière et tremblée.

Du côté des membres inférieurs, on observe aussi du tremblement, de la raideur, sans troubles des sensibilités. Exagération des réflexes rotulien et achilléen à gauche, avec trépidation épileptoïde du pied et réflexe plantaire en extension. A droite, les réflexes rotulien et achilléen sont normaux.

Debout, le malade se tient le tronc légèrement penché en avant, les bras écartés du tronc, les avant-bras demi-fléchis, les mains ramenées au niveau de l'ombilic, cependant que la tête et les bras sont animés de tremblement.

Pendant la marche, le malade tâtonne fortement du pied gauche.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu, où l'examen révèle une hyperglycorachie assez accentuée (0 gr. 64 de glycose par litre). L'examen psychique montre un léger degré de ralentissement des opérations de l'esprit du sujet qui répond lentement, incomplètement aux questions posées. Si la mémoire des faits récents paraît intacte, il semble qu'il ait perdu une grande partie des acquisitions scolaires. Les tests de Binet montrent un ralentissement assez marqué des opérations intellectuelles, en particulier du jeu de l'association des idées.

Il présente, d'autre part, des troubles de l'humeur et du caractère; pendant la période d'hospitalisation, il a fait de nombreuses tentatives de fugue parce que, disait-il, il n'avait pas assez à manger.

Facilement irritable, il essayait de battre les infirmiers ou les

autres malades ; il a voulu enfoncer les volets de la fenêtre de la chambre où il était enfermé ; il frappait violemment à la porte, criait à tue-tête. Sournois, il accusait le personnel de le maltraiter. Enfin, quelques signes observés joints aux renseignements fournis par la famille permettent de penser à un développement précoce de l'instinct génital. Après de multiples essais, son insociabilité fut nettement démontrée et il ne put s'adapter à la vie dans les salles communes d'enfants ou d'adultes. On fut, en raison de ces troubles mentaux, obligé de l'interner dans un asile d'aliénés le 23 mai 1924.

CONCLUSIONS

I. — Les troubles de l'humeur et du caractère sont constants chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. On les rencontre aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, mais ils sont sensiblement différents suivant qu'on les étudie chez l'un ou chez l'autre.

II. — Chez l'adulte, ces troubles sont caractérisés essentiellement par une profonde tristesse, une préoccupation exagérée de l'état maladif, une irritabilité pouvant aller jusqu'aux accès violents de colère, une tendance plus ou moins prononcée à la suspicion. La tristesse de ces malades ne peut pas s'expliquer entièrement par la situation, certes extrêmement pénible, dans laquelle ils se trouvent. De plus, il n'est pas rare de voir apparaître chez eux des idées mélancoliques ou hypocondriaques qui conduisent certains sujets au suicide.

III. — Chez l'enfant, les troubles des instincts et des actes sont la note prédominante de son état mental. Ces troubles présentent des modalités extrêmement diverses : perversions acquises des instincts, agressivité, méchanceté, irritabilité, mal-faisance, caprices, mythomanie, instabilité, indiscipline, turbulence, agitation psycho-motrice, actes dangereux, etc... Cette perturbation du caractère est parfois si prononcée qu'elle nécessite, dans des cas qui ne sont pas exceptionnels, l'internement de ces petits malades.

IV. — L'attention, étudiée plus spécialement chez l'adulte, présente toujours chez les parkinsoniens post-encéphalitiques des modifications profondes.

L'attention spontanée est toujours diminuée, les malades manquant de mobilité dans le jeu semi-automatique des perceptions successives et des associations des idées, et leur intérêt à l'ambiance étant amoindri.

V. — Les modifications de l'attention volontaire sont les suivantes : diminution du pouvoir d'attention, lenteur, fatigabilité rapide, inaptitude aux actes d'attention multiple, et enfin gros effort pour soutenir l'attention.

VI. — La diminution de l'attention volontaire paraît due surtout à ce que ces malades sont profondément troublés dans leur motricité, base fondamentale du mécanisme normal de l'attention.

La fatigabilité est due à ce que le malade est touché dans son automatisme intellectuel comme dans certains automatismes moteurs ; il en résulte que son attention doit être toujours stimulée, d'où effort considérable qui fatigue le sujet, et auquel il répugne souvent de se soumettre.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 17 novembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE et MASSÉ. — Présentation de quatre malades atteints d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Société anatomo-clinique de Bordeaux, décembre 1921, in *Journal de médecine*, Bordeaux, 1922.
- BARRÉ et REYS. — Le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Bulletin médical*, 27-30 avril 1921.
- BRIAND et REBOUL, LACHAUX. — Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite léthargique. Congrès de Luxembourg, *Revue neurologique*, 1921, p. 893.
- CLAUDE. — Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien. *Paris médical*, 2 octobre 1920, p. 241.
- Sur certains troubles mentaux survenus au cours du syndrome parkinsonien. *Revue neurologique*, 1921, n° 6.
- CRUCHET. — Pronostic et séquelles de l'encéphalomyélite épidémique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 mars 1921, p. 344.
- CUEL et CÉNAC. — État parkinsonien post-encéphalitique et psychose dépressive. *Encéphale*, juillet-août 1923, p. 467.
- DAUMAS. — Syndrome parkinsonien post-encéphalitique chez les enfants. Thèse de Montpellier, 1921.
- DE LISI. — Sur le parkinsonisme post-encéphalitique. *Il. Policlino*, 1^{er} décembre 1921.
- ERNST. — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique. Thèse de Paris, 1921, n° 289.
- EUZIÈRE. — Les séquelles mentales de l'encéphalite léthargique. *Languedoc médical*, n° 27, 10 août 1920.

- FROMENT. — Le déficit psychique dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques. *Revue neurologique*, 1921, p. 843.
- FROMENT et MAGUET. — Syndrome parkinsonien, séquelle d'encéphalite léthargique. *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux de Lyon*, 7 décembre 1920, p. 197.
- HAIRSHALTER. — Forme prolongée d'encéphalite léthargique avec syndrome parkinsonien chez un enfant. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1920, p. 944.
- JACQUIN. — Quelques considérations sur l'état mental dans le parkinsonisme post-encéphalitique. *Revue neurologique*, 1921, p. 843.
- LHERMITTE. — Les formes psychiques prolongées de l'encéphalite épidémique. *Journal médical français*, avril 1923.
- MARILLIER. — Remarques sur le mécanisme de l'attention. *Revue philosophique*, 1889, I, 566-588.
- MASSÉ et LE BOURGO. — Séquelles motrices et psychiques d'encéphalite épidémique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 novembre 1921, p. 513.
- MENDICINI. — Sur le diagnostic différentiel entre la maladie de Parkinson classique et le syndrome parkinsonien des encéphalitiques. *Revue neurologique*, 1921, p. 675.
- MOLIN DE TEYSSIEU. — Congrès de Quimper. *Revue neurologique*, 1922, p. 1149.
- MOURICHAUD, LAMY et MARTINE. — Séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique chez l'enfant. *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux de Lyon*, 7 décembre 1920, p. 196.
- NAVILLE. — Étude sur les complications et séquelles mentales de l'encéphalite léthargique; la bradyphrénie. *Encéphale*, juin et juillet 1922.
- NESTOROVITH. — Des altérations psychiques dans la névraxite épidémique et la maladie de Parkinson post-encéphalitique. Thèse de Montpellier, 1922-1923.
- PATERSON et SPENCE. — Les séquelles de l'encéphalite épidémique chez les enfants. *The Lancet*, 3 septembre 1921.
- PERRENS. — Troubles psychiques et physiques consécutifs à une encéphalomyélite épidémique. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1921, p. 367.

- PETIT. — Contribution à l'étude du pseudo-parkinsonisme post-encéphalitique. Thèse de Bordeaux, 1921.
- RAVIART, COMBEMALE, VULLIEN et ASSOIGNON. — Cinq cas de syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Revue neurologique*, 1921, p. 675.
- REVAULT D'ALLONNES. — L'attention. *Traité de psychologie*, 1923, t. I, p. 846.
- RIBOT. — Psychologie de l'attention. Paris, 1919, Librairie Alcan.
- ROGER. — Leçon sur les syndromes parkinsoniens. *Journal des praticiens*, septembre 1921.
- Syndrome parkinsonien post-encéphalitique chez les enfants. *Revue neurologique*, 1921, p. 677.
- ROGUES DE FURSAC et ABÉLY. — Sur un procédé de mesure de l'activité psychique; puissance d'attention et rapidité des processus intellectuels. *Annales médico-psychologiques*, 1920, p. 153.
- ROUQUIER. — Syndrome dépressif grave, séquelle d'encéphalite léthargique. *Annales médico-psychologiques*, 1920, p. 535.
- SARRAN. — Le syndrome parkinsonien post-encéphalitique chez les enfants. Thèse de Bordeaux, décembre 1922.
- SICARD. — Parkinsonisme et Parkinson; reliquats d'encéphalite épidémique. Société neurologique de Paris, 6 mai 1920, *Revue neurologique*, n° 5, 1920.
- SOUQUES. — Syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite épidémique. Société neurologique de Paris, 3 février 1920.
- TOULOUSE et PIÉRON. — Technique de psychologie expérimentale. Paris, 1920, Librairie Doin.
- TRUELLE et PETIT. — Congrès de Quimper, 1922. *Revue neurologique*, 1922, p. 1144.
- VERGER et HESNARD. — L'état mental des bradykinétiques encéphalitiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 septembre 1922, p. 599.
- D'un cas de démence figée post-encéphalitique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1922.
- VOIVENEL et RISER. — Congrès de Quimper, 1922. *Revue neurologique*, p. 1150.

